*Załącznik nr 1 do SWZ*

**Respirator do terapii niewydolności oddechowej różnego typu do stosowania w komorze hiperbarycznej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Opis parametrów | Parametr wymagany lub oceniany | Parametr oferowany |
| 1. | **Warunki wstępne** |  |  |
| 2. | Aparaty/urządzenia fabrycznie nowe, nierekondycjonowane, niepowystawowe, i nieużywane. | Tak |  |
| 3. | Aparaty/urządzenia dostarczone wraz z założonym Paszportem Technicznym:- z wypełnioną w pełni metryką- wpisem o przeprowadzonym uruchomieniu/instalacji przez autoryzowany serwis lub autoryzowanego dostawcę- datą następnego przeglądu | Tak |  |
| 4. |  Drukowana instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z aparatem/urządzeniem (nie dopuszcza się instrukcji obsługi tylko w wersji elektronicznej, może być jako dodatkowa opcja). | Tak |  |
| 5. | Foldery aparatów/urządzeń w języku polskim lub w języku obcym z dołączonym tłumaczeniem treści folderu | Tak |  |
| 6. | Kserokopia deklaracji/certyfikatu CE. | Tak |  |
| 7. | Producent/Oferent | Podać |  |
| 8. | Model/Typ (pełna symbolika) | Podać |  |
| 9. | Rok produkcji: 2021/2022 | Tak |  |
| 10. | Respirator do terapii niewydolności oddechowej różnego typu do stosowania w komorze hiperbarycznej jak również umożliwiający pracę poza komorą hiperbaryczną (Oddział Intensywnej Terapii, Szpitalny Oddział Ratunkowy) | Tak |  |
| 11. | Respirator dla wszystkich grup wiekowych od noworodków po dzieci i dorosłych | Tak |  |
| 12. | Respirator zamocowany na wózku, z blokadą kół | Tak |  |
| 13. | Możliwość zamocowania respiratora bez wózka na półce  | Tak |  |
| 14. | Możliwość pracy w warunkach do minimum 20 metrów głębokości. | Tak |  |
| 15. | **ZASILANIE RESPIRATORA** | Tak |  |
| 16. | Zasilanie w tlen i powietrze ze źródła sprężonych gazów w standardzie „BIBS” dla nadciśnień 0-1 bar max 5,8 bar ciśnienia zasilania gazem, dla nadciśnień 1-2 bar max 4,8 bar ciśnienia zasilania gazem | Tak |  |
| 17. | Przewody zasilania gazowego – tlen i powietrze ze złączami kompatybilnymi z Eaton Hansen 00A , Mosiądz ,Seria 600. Pasującymi do gniazda Eaton Hansen, Seria 600 ,1/4 in. NPT - Quick Disconnect Socket in Brass (BIBS)-długość przewodów 6 m. | Tak |  |
| 18. | Układ mieszania gazów oddechowych elektroniczno - pneumatyczny z płynną regulacją  | Tak |  |
| 19. | Automatyczna kompensacja braku jednego z gazów (tlenu lub powietrza) i możliwość pracy tylko z jednym gazem | Tak |  |
| 20. | System odciągu gazów wydechowych przyłączany na wydechu z respiratora | Tak |  |
| 21. |  Napięcie zasilania AC 230 V,50 Hz, ± 10% poza komorą oraz zasilanie prądem stałym o napięciu +12V w komorze (długość przewodu zasilającego respirator wewnątrz komory - 2.5 metra). Kabel zakończony wtyczką 5 pinową(palczastą) kompatybilna z PHOENIX CONTACT QUICK -męska. Przewód do wyrównania potencjałów wewnątrz komory - 2,5 metra.  | Tak |  |
| 22. | **RODZAJE WENTYLACJI** | Tak |  |
| 23. | Wentylacja z zadaną objętością  | Tak |  |
| 24. | Wentylacja z zadanym ciśnieniem  | Tak |  |
| 25. | Wentylacja typu PRVC | Tak |  |
| 26. | Wyzwalanie oddechu przepływem regulowane ręcznie | Tak |  |
| 27. | Wyzwalanie oddechu ciśnieniem regulowane ręcznie | Tak |  |
| 28. | Wdech manualny | Tak |  |
| 29. | Funkcja powrotu do poprzedniego trybu i ustawień wentylacji | Tak |  |
| 30. | Funkcja natlenowania | Tak |  |
| 31. | Funkcja wstrzymania na wdechu | Tak |  |
| 32. | Funkcja wstrzymania na wydechu | Tak |  |
| 33. | **PARAMETRY NASTAWIANE** | Tak |  |
| 34. | Częstość oddechów, minimalny zakres: 5 - 150 oddechów./min | Tak |  |
| 35. | Objętość pojedynczego oddechu:min zakres 2 - 3500 ml | Tak |  |
| 36. | Regulowany stosunek wdechu do wydechu min. w zakresie 4:1 - 1:10 dla trybu objętościowego i trybu ciśnieniowego | Tak |  |
| 37. | Możliwość wyboru parametrów zależnych tzn. czasu wdechu lub stosunku wdechu do wydechu | Tak |  |
| 38. | Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowanie płynnie w zakresie 21-100% | Tak |  |
| 39. | Ciśnienie wdechowe regulowane w minimalnym zakresie 1 – 100 cmH2O | Tak |  |
| 40. | PEEP, minimalny zakres: 1 – 50 cmH2O | Tak |  |
| 41. | Programowalna przez użytkownika konfiguracja startowa respiratora wraz z zakresami alarmowymi | Tak |  |
| 42. | **PARAMETRY WYŚWIETLANE** | Tak |  |
| 43. | Kolorowy monitor LCD o przekątnej minimum 12 cali do obsługi respiratora i obrazowania parametrów przez ekran dotykowy, z automatyką regulacji jasności ekranu oraz regulacją skrętu i nachylenia monitora  | Tak |  |
| 44. | Obsługa respiratora i opisy w języku polskim | Tak |  |
| 45. | Całkowita częstość oddychania | Tak |  |
| 46. | Wdechowa i wydechowa objętość pojedynczego oddechu | Tak |  |
| 47. | Wdechowa i wydechowa objętość całkowitej wentylacji minutowej | Tak |  |
| 48. | Ciśnienie szczytowe | Tak |  |
| 49. | Średnie ciśnienie w układzie oddechowym | Tak |  |
| 50. | Ciśnienie pauzy wdechowej | Tak |  |
| 51. | Ciśnienie PEEP | Tak |  |
| 52. | Graficzna prezentacja krzywych dynamicznych :Ciśnienie / czasPrzepływ /czasObjętość / czasPętle:Ciśnienie/objętośćPrzepływ/objętość | Tak |  |
| 53. | Możliwość jednoczesnej prezentacji przebiegów dynamicznych i pętli oddechowych | Tak |  |
| 54. | Automatyczne ustawianie skali przy zapisie krzywych na monitorze | Tak |  |
| 55. | Rejestracja zdarzeń i trendy dobowe monitorowanych wartości | Tak |  |
| 56. | **ALARMY** | Tak |  |
| 57. | Braku zasilania w energię elektryczną | Tak |  |
| 58. | Braku zasilania w tlen | Tak |  |
| 59. | Braku zasilania w powietrze | Tak |  |
| 60. | Objętości minutowej (wysokiej i niskiej) | Tak |  |
| 61. | Wysokiego ciśnienia w układzie pacjenta | Tak |  |
| 62. | Bezdechu | Tak |  |
| 63. | Stężenia tlenu w gazach wdechowych | Tak |  |
| 64. | Niezdolności do pracy (uszkodzenia kontroli elektronicznej lub mechanicznej) | Tak |  |
| 65. | Kategorie alarmów według ważności | Tak |  |
| 66. | Pamięć alarmów i zdarzeń min 1000 zdarzeń | Tak |  |
| 67. | **WYPOSAŻENIE DODATKOWE** | Tak |  |
| 68. | Układ pomiarowy przepływu elektroniczny – wielorazowego użytku – dokładny pomiar typu ultradźwiękowego | Tak |  |
| 69. | Pomiar stężenia tlenu wykonywany wbudowanym, niezużywalnym, elektronicznym czujnikiem tlenowym (nie dopuszcza się zużywalnych ogniw galwaniczno-chemicznych) | Tak |  |
| 70. | Ramie wieloprzegubowe do podtrzymywania układu oddechowego z możliwością montażu do wózka | Tak |  |
| 71. | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów wentylacji | Tak |  |
| 72. | Minimum dwa płucka testowe wielokrotnego użytku z możliwością sterylizacji – jedno dla dzieci i dorosłych oraz jedno dla noworodków | Tak |  |
| 73. | Kompletny układ oddechowy dla dorosłych - 5 szt. | Tak |  |
| 75. | **INNE ISTOTNE INFORMACJE** |  |  |
| 76. | Dostawa/montaż/instalacja/uruchomienie w posiadanej przez Zamawiającego komorze hiperbarycznej | Tak |  |
| 77. | Dokumenty wymagane przy realizacji zamówienia:- Protokół zdawczo-odbiorczy- Paszport Techniczny- Lista przeszkolonego personelu- Karta gwarancyjna  | Tak |  |
| 78. | **WARUNKI GWARANCJI I SERWIS** |  |  |
| 79. | Gwarancyjna obsługa serwisowa urządzenia w okresie (miesiące): | 36 – 0 pkt.48 – 20 pkt. 60 – 40 pkt. |  |
| 80. | Przedmiot gwarancji: wszystkie elementy składowe aparatu/urządzenia (w tym części eksploatacyjne) | Tak |  |
| 81. | Gwarancja obejmuje także:- przeglądy w okresie gwarancji- wymiany/naprawy uszkodzonych części- dojazdy/przejazdy pracowników serwisu- koszty wysyłki, pakowania, ubezpieczenia przesyłki- robociznę- wszystkie pozostałe koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych | Tak |  |
| 82. | W okresie gwarancji przegląd serwisowy na koszt dostawcy – co najmniej jeden na 12 miesięcy lub z zgodnie z zaleceniem producenta zakończony wpisem do paszportu technicznego i protokołem wykonania przeglądu.Przegląd serwisowy zawiera:- dojazdy/przejazdy pracowników serwisu- robociznę-wszystkie pozostałe koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych (materiały i części eksploatacyjne, zestawy serwisowe /service kit/ itp.) | Tak |  |
| 83. | Przegląd końcowy przed upływem końca gwarancji producenta (na koszt dostawcy) zakończony wpisem do paszportu technicznego i protokołem wykonania przeglądu | Tak |  |
| 84. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski.Podać: dokładny adres, telefon, faks, e-mail, adres internetowy (WWW) | Tak, podać |  |
| 85. | W okresie gwarancji przyjmowanie zgłoszeń o usterkach w formie telefonicznej, faksem lub pocztą elektroniczną (e-mail) oraz dokonanie koniecznych napraw, doprowadzających przedmiot umowy do pełnej sprawności – w terminie do 5 dni od chwili jej zgłoszenia. | Tak |  |
| 86. | Liczba napraw tego samego podzespołu powodująca wymianę na nowy (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika) – 3 | Tak |  |
| 87. | **SZKOLENIA** |  |  |
| 88. | Szkolenie personelu wskazanego przez Zamawiającego w zakresie obsługi aparatu, bezpieczeństwa jego użytkowania potwierdzone pisemnym protokołem . | Tak |  |

1. Wymogiem jest, aby Wykonawca zaoferował urządzenie, o parametrach CO NAJMNIEJ takich, jakie są przedstawione w rubryce „Parametr wymagany graniczny”. Niespełnienie tego warunku spowoduje odrzucenie oferty.
2. W przypadku parametru ocenianego, nie będącego parametrem granicznym – gdy odpowiedź może brzmieć TAK lub NIE, Wykonawca winien udzielić odpowiedzi z podaniem wymaganych informacji. W tych przypadkach za odpowiedzi „NIE” Zamawiający przyzna 0 pkt., a za odpowiedź „TAK” punkty w wysokości określonej w rubryce.

**Zaoferowane powyżej parametry wymagane muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty materiałach informacyjnych producenta. Brak potwierdzenia któregokolwiek z parametrów spowoduje odrzucenie oferty.**

W przypadku pojedynczych parametrów, nie występujących w materiałach firmowych, Zamawiający dopuszcza oświadczenie producenta. Zamawiający zastrzega sobie prawo weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta sprzętu.

W przypadku braku potwierdzenia wartości/cechy oferowanej danego parametru podlegającego ocenie, zamawiający nie przyzna punktów za ten parametr.

..........................................................

*(miejscowość, data)*

 ..........................................................

 *(Dokument należy złożyć w postaci elektronicznej opatrzony*

 *kwalifikowanym podpisem elektronicznym,*

*podpisem zaufanym lub podpisem osobistym)*